



投保变更申请书 (适用于保险合同尚未签发)

收件盖章

收件盖章

投保单号: _____ 投保人姓名: _____ 被保险人/第二被保险人姓名: _____

申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

一、投保变更申请事项:

填写说明: 请阅读《投保信息变更填写须知》、《银行转账授权账户变更填写须知》、《撤销投保申请填写须知》, 用黑色签字笔或钢笔勾选并正楷填写申请内容。

☐ 投保信息变更																					
☐ 银行转账授权账户变更	账户授权: 投保人授权保险公司及银行从下列本人账户中扣取各期应缴纳的保险费和领取保险合同指定的相关款项。如由于银行账户无效授权、余额不足或其他原因产生的相关责任, 由本人承担。 投保人的下列账户用于: ☐ 支付保险费; ☐ 领取投保单/保险单退费以及保险合同所约定的给付款项。 <table><tr><td>授权银行:</td><td>省</td><td>市</td><td>银行</td><td>网点</td></tr><tr><td>账户号码:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 被保险人的下列账户用于: ☐ 领取保险合同所约定的给付款项。 <table><tr><td>授权银行:</td><td>省</td><td>市</td><td>银行</td><td>网点</td></tr><tr><td>账户号码:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	授权银行:	省	市	银行	网点	账户号码:					授权银行:	省	市	银行	网点	账户号码:				
授权银行:	省	市	银行	网点																	
账户号码:																					
授权银行:	省	市	银行	网点																	
账户号码:																					
☐ 撤销投保申请	原因: ☐ 经济原因 ☐ 险种不理想 ☐ 服务不满意 ☐ 调动或移居 ☐ 人情投保 ☐ 家庭成员反对 ☐ 理赔不满意 ☐ 业务员自保件 ☐ 媒体影响 ☐ 销售误导 _____ ☐ 其它 _____																				

二、申请人声明及签名:

声明:

- 本人已阅读《投保信息变更填写须知》、《银行转账授权账户变更填写须知》和《撤销投保申请填写须知》, 了解相关内容并同意遵守。
- 上述投保变更申请事项确是本人真实意愿, 所填写内容属实、完整。本人同意贵公司按照保险人应当遵守的法律法规、监管机构的要求向权力机关进行信息披露。
- 本人确认自投保单签署日至投保变更申请日期间, 本人的健康状况无任何改变, 且未接受任何医疗建议、咨询、检查和治疗。并且, 除上述的投保变更信息外, 确认投保单上填写的个人基本信息(包括身份、职业等)和投保信息等内容以及所附其他投保资料内容仍为真实。

投保人签名	被保险人/第二被保险人签名

三、保险营销员声明及签名:

声明:

- 本人已核对投保人及所有被保险人的身份证件, 并亲自见证投保人及被保险人在本申请书上亲笔签名。除投保单和本申请书所填内容外, 投保人及被保险人没有向本人口头或以其他方式告知任何其他事项。
- 如有不实见证或报告, 本人愿意承担相应法律责任。

保险营销员签名: _____ 营管处/代理机构: _____ 电话: _____

四、公司填写栏

说明事项:	
经办人:	审核人:
日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	

全国客户服务热线: 400-888-9888 公司网址: www.generalichina.com

【投保信息变更填写须知】

1. 为维护您的合法权益，请勿在空白申请书上签名，并请保持签名样式与投保单签名样式保持一致。
2. 请您核对所填写内容确认无误，并亲笔签名。
3. 您所申请的变更项目经中意人寿保险有限公司（以下简称本公司）审核同意后方可生效。
4. 根据美国政府《海外账户纳税法案》（“FATCA”法案），如您此次变更的个人信息属于包含“美国标记”的情况（包括但不限于美国国籍、美国居住地址或通讯地址、美国电话等），请在投保信息变更申请栏中详细填写；如您投保的保险产品属于“FATCA”法案规定范围，本公司将请您提供必要的资料和证明文件。

【撤销投保申请填写须知】

1. 撤销投保申请须于保险合同载明的合同签发日之前申请办理，如中意人寿保险有限公司（以下简称本公司）在受理本次撤销投保申请日之前已经签发保险合同，需要您按照合同约定及本公司规定申请办理相关退保手续。
2. 自您签署的撤销投保申请之日起本合同无效，本公司不承担保险责任。

【银行转账授权账户变更填写须知】

1. 账户所有人应以本人真实姓名开立银行账户，授权账户的所有人应为保险合同所约定的保险费支付人（保险费支付人与投保人为同一人）及领取款项的权利人。并根据中意人寿保险有限公司（以下简称本公司）规定流程授权本公司和开户银行从该账户中自动划扣指定保险合同项下所需支付的各项费用，及支付保险合同约定的相关给付款项。
2. 选择通过银行自动转账方式付款的，账户所有人应保证变更后的银行账户中有足额的余额以备转账。因账户余额不足、授权账户错误、账户注销或授权账户不符合要求等非本公司原因，导致转账不成功，本公司不承担责任。
3. 如该授权账户无法继续与保险单关联，账户所有人应提供新的银行账户并及时办理银行自动转账授权变更手续。
4. 如账户所有人对转账款项持有异议，可向本公司查询。本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。
5. 如授权账户同时交纳两张或以上保险单的保险费或其他交费业务时，本公司依照本公司规定的顺序划扣。
6. 如欲终止本授权，应在保险费约定扣款日之前 30 天或保险权益给付日之前 30 天，向本公司递交终止授权的书面申请，由本公司知会银行停止款项划转。逾期未通知本公司并自动转账成功的，本公司不承担责任。